Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1530

Vragen van de leden **Leijten** en **Van Gerven** (beiden SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *collectieve zorgverzekeringen waarbij chronisch zieken geen baat hebben* (ingezonden 8 januari 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 11 maart 2015). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2014–2015, nr. 1237

Vraag 1
Wat is uw reactie na het lezen van het opinieartikel van mevrouw Sanders, reumapatiënt en tevens voorzitter van ReumActief?[1]

Antwoord 1
Naar ik uit het artikel begrijp heeft mevrouw Sanders ervoor gekozen niet over te stappen naar de collectieve verzekering van de gemeente Stadskanaal omdat deze haar verzekeringstechnisch minder kan bieden dan haar huidige verzekeraar. Het is onduidelijk of bij andere zorgverzekeraars mogelijkheden zijn om aan de bezwaren van mevrouw Sanders tegemoet te komen. Verder merk ik op dat de zorgverzekering wordt gezien als een passende en toereikende voorziening waarvan iedereen geacht wordt de premie te kunnen betalen. Waar dat niet het geval is, kan zorgtoeslag worden aangevraagd. Het is onduidelijk of mevrouw Sanders zorgtoeslag heeft aangevraagd.
Voorts is het aan de gemeente te bepalen hoe het lokale beleid wordt ingericht. Mevrouw Sanders stelt dat haar gemeente ervan uit gaat dat zij zelf de huishoudelijke hulp kan organiseren en betalen. De gemeente kan niet bepalen of iemand huishoudelijke hulp zelf moet betalen en ook niet bij voorbaat of iemand huishoudelijke hulp zelf kan organiseren. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de ondersteuning van mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn. Indien iemand zich bij de gemeente meldt met een verzoek om ondersteuning, moet de gemeente onderzoek doen naar de persoonlijke situatie.
Bij het onderzoek wordt bekeken wat betrokkene zelf nog kan dan wel of andere mensen eventueel kunnen helpen. Ook kijkt de gemeente of er al zorg en ondersteuning vanuit andere wetten wordt geboden, zoals de Zorgverzekeringswet of de Participatiewet. Indien uit het onderzoek blijkt dat er sprake is van onvoldoende zelfredzaamheid en ook het netwerk niet kan bijdragen, is

[1] Opinieartikel De Volkskrant «Ik kan als reumapatiënt geen enkele kan op», d.d. 5 januari 2015

ah-tk-20142015-1530
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

de gemeente verplicht ondersteuning te bieden. Dit kan in de vorm van een maatwerkvoorziening maar het kan ook zijn dat de gemeente voor bepaalde gevallen een algemene voorziening heeft ingericht. Uit de bijdrage van mevrouw Sanders kan ik niet opmaken of de gemeente op dit punt tekort is geschoten.

Vraag 2
Wat is uw reactie op het gegeven dat chronisch zieken in veel gevallen geen baat hebben bij een collectieve zorgverzekering van desbetreffende gemeente?

Antwoord 2
Ik deel deze opvatting niet en alvorens dit toe te lichten, wil ik benadrukken dat een collectieve zorgverzekering één van de mogelijkheden is waar mensen met een chronische ziekte en/of beperking baat bij kunnen hebben. Naast de landelijke fiscale regeling voor aftrek van specifieke zorgkosten beschikken gemeenten over verschillende instrumenten om mensen met een chronische zieke en/of beperking te ondersteunen. Met het vervallen van de Wtcg en CER hebben gemeenten hiertoe aanvullend budget ontvangen.
Ten aanzien van collectieve zorgverzekeringen geldt dat gemeenten al jaren collectieve zorgverzekeringen aanbieden voor burgers met een lager inkomen. Het overgrote deel van de gemeenten heeft met inzet van het aanvullend budget deze regelingen gericht doorontwikkeld om beter aan te sluiten bij de meerkosten van mensen met een chronische ziekte en/of beperking. Naast aanvullende modules met dekkingen die specifiek gericht zijn op meerkosten als gevolg van een chronische ziekte en/of beperking hebben gemeenten hun bijdrage in de premie van de gemeentelijke collectieve zorgverzekeringen verhoogd. Zowel directe kosten als het eigen risico kunnen worden opgenomen in de collectiviteit.
Recentelijk is een rapport gepubliceerd waarin bureau BS&F in opdracht van Ieder(in) heeft onderzocht hoe gemeenten hun collectieve zorgverzekering inzetten om mensen met een chronische ziekte en/of beperking voor hun meerkosten te compenseren. Het onderzoek is als bijlage hierbij toegevoegd. Uit het onderzoek komt naar voren dat bijna 80% van de 300 gemeenten waar het onderzoek op is gebaseerd, met behulp van het aanvullende budget dat zij hebben ontvangen, hun gemeentelijke collectiviteiten hebben uitgebreid en hun bijdrage in de premie hebben verhoogd. Burgers die hiervan gebruik maken genieten per saldo gemiddeld een financieel voordeel van bijna € 460,– per jaar ten opzichte van wat deze zorgverzekering normaliter zou kosten zonder bijdrage van de gemeente en zonder uitonderhandelde collectiviteitskorting. Ook blijkt uit het onderzoek dat meer dan de helft van de onderzochte gemeenten de toegang tot de gemeentelijke collectiviteiten hebben verruimd naar een inkomensgrens van 120% of hoger.
Het voorgaande toont aan dat meer mensen baat hebben bij de collectieve zorgverzekeringen die hun gemeente aanbiedt. Met de beoogde verdere doorontwikkeling zullen de collectieve zorgverzekeringen steeds beter aansluiten op de behoeften van mensen met een chronische ziekte en/of beperking.

Vraag 3
Wat vindt u ervan dat juist chronisch zieken,voor wie de aanvullende verzekering met name van groot belang is, in sommige gemeenten alleen in aanmerking komen voor compensatie van het eigen risico wanneer zij overstappen naar een andere verzekeraar?

Antwoord 3
De inhoud van de collectieve zorgverzekering is afhankelijk van de keuzes die de gemeente maakt en de afspraken die de gemeente met de verzekeraar maakt. Indien iemand gebruik wil maken van de gemeentelijke collectiviteit dan moet deze persoon wel verzekerd zijn bij dezelfde verzekeraar als de verzekeraar waarmee de gemeente een contract heeft afgesloten. Indien dit niet het geval is, dan zal iemand van verzekeraar moeten overstappen. Dit is niet anders dan bij andere collectiviteiten. Gemeenten hebben overigens in de regel hun gemeentelijke collectiviteit ondergebracht bij de verzekeraar met het grootste marktaandeel in de betreffende gemeente. Voor veel mensen zal

dit impliceren dat overstappen niet nodig is. Voorts geldt dat gemeenten de verplichting hebben om (aanvullend) maatwerk te bieden daar waar dat nodig is.
Zoals aangegeven in mijn brief «Kwaliteit Loont» dd. 6 februari jl. wil ik ook via een aanpassing van de vereveningssystematiek bevorderen dat verzekeraars vaker van de mogelijkheid gebruik maken om een korting te geven als verzekerden – in het bijzonder chronisch zieken – gebruik maken van gecontracteerd aanbod. Over de uitwerking zal uw Kamer nader worden geïnformeerd.

Vraag 4
Erkent u dat met de stijging van de zorgpremie, de stijging van het eigen risico, het wegvallen van compensatieregelingen en het uitkleden van het basispakket, chronisch zieken onevenredig hard getroffen worden door uw beleid? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 4
Ik deel deze mening niet. Het pakket is de afgelopen jaren per saldo groter en niet kleiner geworden. Zoals gezegd bij het antwoord op de eerste vraag, zie ik de zorgverzekering als een passende en toereikende voorziening waarvan iedereen geacht wordt de premie te kunnen betalen. Waar dat niet het geval is, kan, afhankelijk van het inkomen, de zorgtoeslag worden aangevraagd. Ik neem aan dat met «wegvallen van compensatieregelingen» wordt gedoeld op het wegvallen van de Wtcg en CER. Naast de landelijke fiscale regeling voor aftrek van specifieke zorgkosten hebben gemeenten aanvullend budget ontvangen voor meer financiële mogelijkheden voor gericht maatwerk aan personen met een chronische ziekte en/of beperking met meerkosten. Voorts zij opgemerkt dat de betaalde gemiddelde premie en eigen risico van de laagstbetaalden de afgelopen tien jaar ongeveer gelijk is gebleven, mede als gevolg van de stijgende zorgtoeslag voor deze groep verzekerden.

Vraag 5
Gaat u voorkomen dat chronisch zieken, die toch al veel zorgkosten maken, buiten de boot vallen bij collectieve zorgverzekeringen of compensatie van het eigen risico? Zo nee, hoe gaat u dan voorkomen dat chronisch zieken het hoofd financieel boven water kunnen houden?

Antwoord 5
Onder het zorgverzekeringsstelsel wordt iedereen geacht de premie te kunnen betalen. In voorkomend geval kan er een beroep worden gedaan op de zorgtoeslag. Zoals aangegeven bij het antwoord op de vragen 2 en 3 ben ik van mening dat chronisch zieken niet buiten de boot hoeven te vallen bij collectieve verzekeringen. Wat betreft het eigen risico geldt dat het aan de gemeente is te bepalen of compensatie wordt verstrekt voor het eigen risico en op welke wijze.

Vraag 6
Hoe gaat u er voor zorgen dat de resterende, naar de gemeente overgehevelde compensatiegelden waaronder Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg) en Compensatie eigen risico (Cer), ook ten goede komen aan chronisch zieken?

Antwoord 6
Ik verwijs allereerst naar de hiervoor gegeven antwoorden op de vragen 2 en 3. In aanvulling daarop geldt dat – zoals beoogd – de gemeenten de verantwoordelijkheid nemen om mensen met een chronische ziekte en/of beperking te ondersteunen. Hierbij hebben gemeenten de beleidsruimte gekregen om te bepalen op welke wijze dit (lokaal) het beste kan. Indien iemand ondersteuning nodig heeft en een collectieve zorgverzekering niet tot de oplossingen hoort, dan dient de gemeente een andere oplossing te zoeken. Gemeenten beschikken over voldoende instrumenten om gericht ondersteuning te bieden naast de mogelijkheid van een collectieve zorgverzekering.

Vraag 7
Bent u bereid gemeenten erop aan te spreken deze compensatiegelden los te koppelen van de collectieve zorgverzekering aangezien chronisch zieken hier in veel gevallen geen baat bij hebben en dus misgrijpen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 7
Gemeenten zijn primair verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo 2015 en de wijze waarop zij invulling geven aan deze verantwoordelijkheid. Er is geen sprake van een geoormerkt budget voor chronisch zieken en er is ook geen sprake dat dit budget wel of niet gekoppeld is aan bepaalde gemeentelijke instrumenten.

Vraag 8
Bent u van mening dat fysiotherapie voor mensen met ernstige, vergevorderde reuma baat hebben bij langdurige fysiotherapie en dat dit veel hogere kosten voor medicatie, thuiszorg, hulpmiddelen en uitval kan voorkomen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 8
Het antwoord op deze vraag wordt gecombineerd met het antwoord op vraag 11.

Vraag 9
Bent u van mening dat mensen met ernstige reuma, gelet op het feit dat aanvullende verzekeringen met onbeperkte fysiotherapie voor hen vaak onbereikbaar (risicoselectie) of onbetaalbaar zijn, voldoende keuzevrijheid hebben? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 9
Verzekeraars hebben een acceptatieplicht voor de basisverzekering. In de basisverzekering is alle zorg opgenomen waarvan de overheid het van belang acht dat iedereen hiervoor verzekerd is. Vormen van zorg die buiten het basispakket vallen kunnen door zorgverzekeraars worden opgenomen in een aanvullende verzekering. Men kan vrijwillig kiezen voor een aanvullende verzekering. Verzekeraars kunnen acceptatievoorwaarden toepassen voor de aanvullende verzekering. Met name bij de aanvullende verzekeringen in het topsegment worden acceptatievoorwaarden gehanteerd door zorgverzekeraars. Voor aanvullende verzekeringen met een beperktere dekking gelden vaak geen acceptatievoorwaarden. De NZa heeft in haar rapport acceptatieplicht van het voorjaar 2014 aangegeven dat de toegankelijkheid van zorg in ons zorgstelsel goed geborgd is en er voldoende mogelijkheden zijn om over te stappen. Hoewel er geen sprake is van overtredingen van de acceptatieplicht, signaleert de NZa wel een aantal mogelijke risico's. De NZa stelt een visie op over de sturing van verzekerden op basisverzekering via de aanvullende verzekering. De NZa brengt dit naar verwachting tijdens het 2de kwartaal 2015 naar buiten.

Vraag 10 en 11
Staat u nog altijd achter uw besluit om langdurige fysiotherapie voor mensen met reuma uit het basispakket te halen? Zijn bij dit besluit destijds, naast wetenschappelijk bewijs, ook de geboekte resultaten uit de praktijk meegewogen? Kunt u uw antwoord toelichten?
Is er volgens u inmiddels wel voldoende wetenschappelijk bewijs dat mensen met reuma wel degelijk baat hebben bij fysiotherapie? Indien nee, bent u bereid hier alsnog onderzoek naar te laten doen? Kunt u uw antwoord toelichten?

Antwoord 10 en 11
Zolang er geen of onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de werkzaamheid en effectiviteit van langdurige of onbeperkte fysiotherapie voor verzekerden met reumatische aandoeningen, ben ik van oordeel dat deze fysiotherapie voor die aandoeningen geen deel moet uitmaken van het verzekerde pakket van de Zvw. Dit vanwege het uitgangspunt van «evidence based medicine» dat geldt bij het Zvw-basispakket.

In mei 2011 heeft het College voor zorgverzekeringen (de voorganger van het Zorginstituut Nederland) mij geadviseerd langdurige fysiotherapie bij reumatische aandoeningen niet langer in het basispakket te handhaven. Dit omdat de beschikbare (medisch-)wetenschappelijke literatuur onvoldoende bewijs bood voor de werkzaamheid en effectiviteit van langdurige of onbeperkte fysiotherapeutische behandeling bij reumatische aandoeningen. Op basis van dat advies heb ik in juni 2011 aan het parlement het voornemen voorgelegd om met ingang van 1 januari 2012 deze reumatische aandoeningen te verwijderen van de lijst met aandoeningen waarvoor langdurige fysio- of oefentherapie uit de Zvw wordt vergoed. Uw Kamer heeft toen met mijn voorstel ingestemd.
In het voorjaar van 2014 heeft het Zorginstituut nogmaals gekeken of er nieuwe aanwijzingen zijn voor de werkzaamheid van langdurige fysiotherapie bij reumatische aandoeningen. De Wetenschappelijke Advies Raad van het Zorginstituut heeft toen aangegeven dat er nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de werkzaamheid en effectiviteit. Wel is het Zorginstituut daarna in gesprek gebleven met het Reumafonds, het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) over de mogelijke opzet van een onderzoek naar de effectiviteit van langdurige fysiotherapie bij reumatische aandoeningen. Ik heb van het Zorginstituut vernomen dat het Zorginstituut in afwachting is van een voorstel hierover van genoemde partijen. Ik ben voorstander van zo'n onderzoek indien de opzet daarvan voldoende garanties biedt dat op basis van dat onderzoek een uitspraak kan worden gedaan over de effectiviteit van langdurige fysiotherapie voor deze aandoeningen.

Vraag 12
Heeft u inzicht in de ontwikkeling van de totale kosten die gemaakt worden door en voor mensen met ernstige, vergevorderde reuma voor de periode van 2010 tot en met 2014? Zo nee, bent u bereid die alsnog te achterhalen en de Kamer hierover te informeren?

Antwoord 12
Door de veelheid van factoren is het niet doenlijk om een duidelijk beeld van de kosten en de ontwikkeling daarin te schetsen. De kosten die gemaakt worden door alle mensen met ernstige, vergevorderde reuma voor de periode van 2010 tot en met 2014 bestaan in de basis uit de premie Zvw en het eigen risico. De verdere kosten hangen af zijn/haar persoonlijke situatie. De volgende factoren spelen hierbij een rol: hoe hoog is zijn/haar (huishoud)inkomen (afhankelijk daarvan ontvangt hij/zij zorgtoeslag). Ontving hij/zij een compensatie eigen risico en een uitkering Wtcg? Andere factoren zijn of hij/zij regelmatig naar de fysiotherapeut gaat, of er sprake is van een aanvullende verzekering en zo ja, wat de aanvullende verzekering dekt en de hoogte van de premie. Tenslotte is nog van belang wat de leefsituatie is? Afhankelijk daarvan is er al dan niet eerder een kans op het al dan niet kunnen inroepen van huishoudelijke verzorging en/of persoonlijk verzorging. Wanneer er sprake is van huishoudelijke verzorging of persoonlijke verzorging kan sprake zijn van een eigen bijdrage die afhankelijk is van het (huishoud)inkomen.